

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

399

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

A. MICHEL

Quelques considérations cliniques
SUR L'OE D È M E
DANS L'ECZEMA AIGU

Président : M. FOURNIER, professeur.

Jury { professeur : M. STRAUS.
agregés : MM. BLANCHARD et CHAUFFARD.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

392

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

A. MICHEL

Quelques considérations cliniques
SUR L'OEDEME
DANS L'ECZEMA AIGU

Président : M. FOURNIER, professeur.

Jury { *professeur : M. STRAUS.*
agregés : MM. BLANCHARD et CHAUFFARD.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTNERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES.

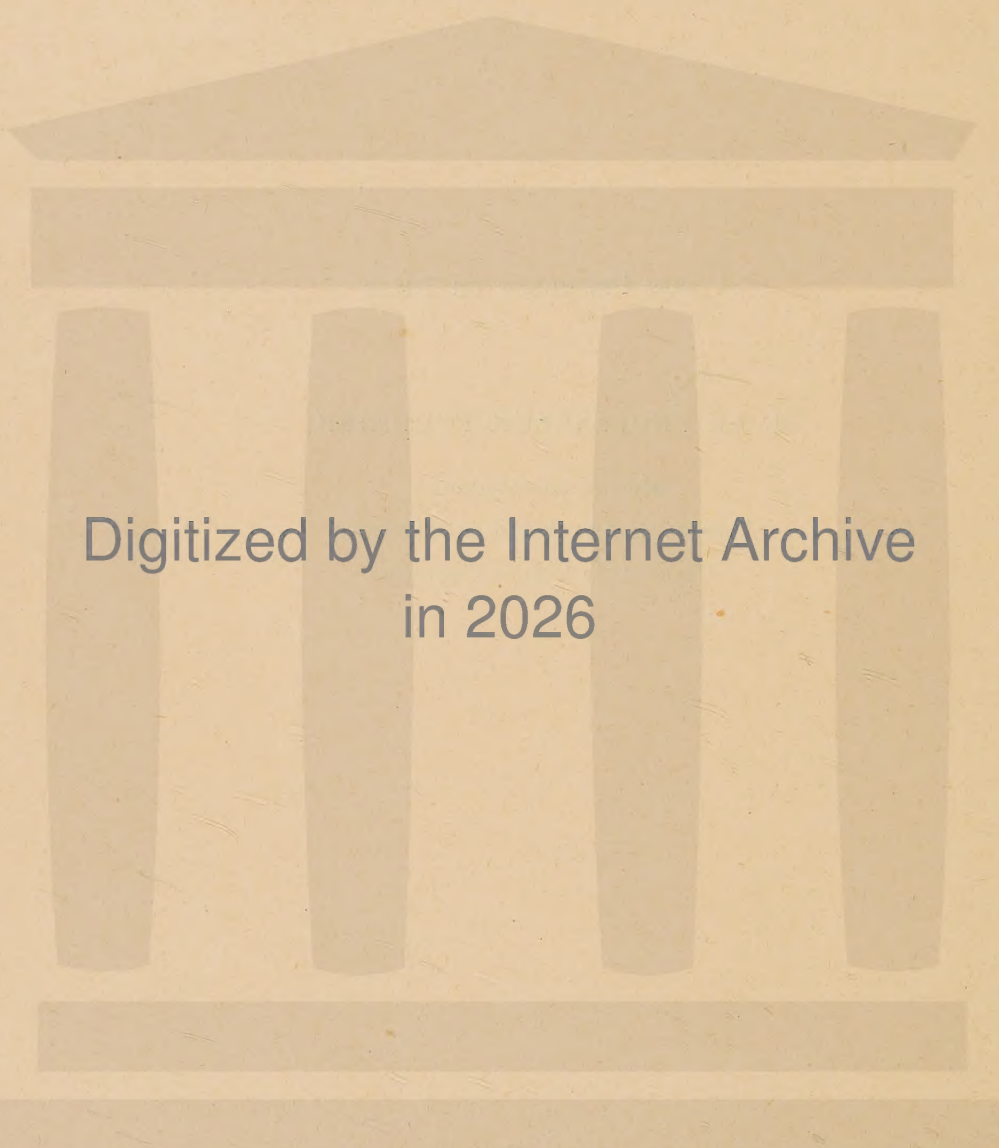
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des Hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0004

AVANT-PROPOS.

Un symptôme très fréquent dans les formes aiguës de l'eczéma est sans contredit l'œdème; il ne fait même pas toujours défaut dans les formes chroniques.

Mais, dans l'immense majorité des cas l'exsudation interstitielle est limitée à l'épaisseur du derme et peu considérable.

Nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de dermatites à marche presque aiguë et que, dans l'état actuel de la science, nous devons appeler eczémas : chez quelques-uns de ces malades, dont nous rapporterons l'histoire, l'œdème acquit un développement remarquable, non seulement aux membres inférieurs où la circulation est plus difficile par suite de l'influence de la pesanteur, non seulement au scrotum, au pénis, aux paupières dont le tissu cellulaire lâche se distend, s'œdématie par la moindre inflammation; mais encore au tronc, au cou et aux membres supérieurs.

Comme les traités classiques de dermatologie ne donnent sur ce point que fort peu de renseignements, comme il en est qui ne signalent même pas ce phénomène, nous avons

songé à faire, à ce sujet, des recherches bibliographiques, à rassembler les opinions des différents auteurs.

De ces recherches est issu ce modeste mémoire.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous devons adresser à nos maîtres de l'École de médecine de Rennes nos remerciements sincères pour les nombreux conseils qu'ils nous ont prodigué au cours de nos études médicales. Nous sommes heureux de pouvoir leur rappeler ici que notre reconnaissance leur est acquise.

M. le Professeur Fournier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude.

CHAPITRE I

Historique. — Introduction.

Les auteurs du commencement de notre siècle ne parlent pas de l'existence de l'œdème dans l'eczéma. Bielt, lui-même, dans son livre sur les maladies de la peau n'en fait pas mention. Devergie en dit quelques mots ; mais pour lui :
« Si dans une surface eczémateuse la peau est tuméfiée, le
« membre augmenté notablement de volume, c'est qu'on
« n'a pas affaire à un eczéma simple, mais à un eczéma
« composé, comme l'eczéma impétigineux par exemple, ou
« l'eczéma lichénoïde, maladies qui affectent plus profon-
« dément le tissu de la peau et qui amènent parfois le gon-
« flement du tissu cellulaire. »

Chambard, dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales en dit quelques mots que nous croyons devoir reproduire :

« L'hypérémie neuro-paralytique qui marque le premier
« stade de l'eczéma ne peut aller sans un certain degré
« d'œdème *affectant le derme proprement dit et le corps*

« *papillaire*. Cet œdème peut être assez prononcé pour
« devenir un symptôme clinique et constituer même deux
« formes spéciales d'eczéma : l'*eczéma œdémateux* et l'*eczéma papuleux*.

« L'œdème est quelquefois assez prononcé dans l'eczéma,
« et nous venons de voir qu'il était l'un des symptômes
« de la forme érytémateuse. Il constitue pourtant plutôt
« une complication qu'une variété de cette affection. »

En somme, cet auteur, tout en reconnaissant à l'eczéma un stade d'œdème, admet que le gonflement est limité à l'épaisseur du derme, sauf dans des cas tout particuliers, lorsque l'eczéma a pour siège une région à tissu cellulaire sous-cutané lâche et très extensible.

D'après Hardy, dans l'eczéma des mains un œdème considérable peut se produire : « Il se produit un mouvement
« fébrile caractérisé par des frissons, de l'hyperthermie, etc. ;
« les parties deviennent chaudes, gonflées, douloureuses ;
« le contenu des vésicules et des bulles subit la transformation purulente, puis, au bout d'un ou deux jours, l'épiderme se rompt, le pus s'écoule et on voit des ulcérations assez profondes... »

Ces quelques lignes nous suffisent pour comprendre que d'après Hardy l'œdème n'était que le résultat d'une complication, que nous appelons aujourd'hui une infection de l'eczéma.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'eczéma des paupières et surtout des parties génitales peut s'accompagner d'un œdème fort considérable : « A la verge
« l'eczéma aigu vésiculeux s'accompagne d'un gonflement
« considérable dû à l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané

« qui est très lâche dans cette région. L'eczéma du scrotum... affecte une marche aiguë... la région est rouge, œdémateuse, souvent excoriée... » (Hardy.)

Dans ses « Lectures on Eczema and Eczematous affections » Erasmus Wilson dit, en parlant de l'eczéma œdémateux : « Assez souvent et principalement aux extrémités inférieures la transsudation interstitielle arrive à produire un eczéma avec œdème, ou en d'autres termes, un eczéma œdémateux. Ces cas sont trop simples et trop fréquents pour mériter de plus longs commentaires ; mais parfois l'œdème est limité à de petites parties des téguments et ces parties, parfois isolées, ou bien réunies en placards ou en groupes, donnent lieu à des tubercules qui font une saillie notable ».

Dans son ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, M. Brocq passe sous silence la possibilité de l'existence d'un œdème notable dans l'eczéma aigu. Les caractères principaux qu'il attribue à l'eczéma sont résumés dans la définition suivante :

« Nous réservons, jusqu'à plus ample informé, le nom d'eczéma à des dermatoses d'origine en apparence spontanées ou développées à la suite d'une cause à elle seule insuffisante pour déterminer l'éruption, et objectivement caractérisée par de la dermite plus ou moins accentuée, c'est-à-dire par de la rougeur, de l'infiltration du derme, parfois par de la vésiculation et de l'exhalation d'un liquide séreux, empesant le linge, enfin, par de la desquamation de l'épiderme.

Nous voyons donc que les auteurs dont nous avons exposé les idées résumées, tout en reconnaissant, pour la plupart,

que l'œdème peut exister au cours de l'eczéma ne paraissent pas avoir clairement montré que cet œdème peut, dans certains cas, acquérir un énorme développement en dehors de toute complication et dans les régions autres que celles où le tissu cellulaire sous-cutané est d'une laxité extrême, les paupières et le prépuce par exemple, ou encore en dehors de celles que leur situation même, met dans des conditions défavorables pour la circulation sanguine en retour, les membres inférieurs par exemple.

CHAPITRE II

Description de l'œdème dans l'eczéma aigu.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une étude d'ensemble de toutes les formes et de toutes les localisations de l'œdème dans les formes aiguës de l'eczéma. Nous nous contenterons de résumer en quelques mots ses principaux caractères; puis nous relaterons les observations que nous avons pu recueillir. Quelques réflexions placées à la suite de chacune, montreront les particularités les plus remarquables que nous avons cru y observer.

Dans les dermatites aiguës en général, quelle que soit leur origine, il y a toujours un certain degré d'épaississement du derme dû à la transsudation interstitielle qui résulte de l'inflammation elle-même. Mais lorsque ces inflammations ont pour siège des régions où le derme repose sur un tissu cellulaire très lâche, l'œdème peut envahir, et même envahit presque toujours ce tissu cellulaire, et il en résulte un gonflement considérable de la région.

Mais dans ces mêmes dermatites lorsqu'elles apparais-

sent rapidement et atteignent en peu de temps un développement considérable, il peut se produire, quelle que soit la région, un certain degré d'œdématisation.

Nous avons eu l'occasion d'observer un œdème énorme de la main ayant même à un léger degré envahi sa face antérieure, et consécutif à l'emploi d'un pansement à l'eau phéniquée. Dans un autre, nous avons vu un œdème de la main, de l'avant-bras, d'une moitié du visage et qui avait pour cause une application intempestive de teinture d'arnica.

De même que dans ces dermatites provoquées d'origine externe que l'on tend aujourd'hui, avec beaucoup d'autres affections, à séparer de l'eczéma, dans l'eczéma lui-même, on peut observer des œdèmes très considérables sans qu'on puisse, dans leur production, incriminer aucune affection autre que l'eczéma, aucune complication microbienne ou autre. On ne peut même pas incriminer la gêne de la circulation résultant d'une position déclive, des membres inférieurs par exemple, ou la gêne apportée par des varices, car cet œdème a été observé par nous dans les régions du corps les plus différentes.

Voici les faits auxquels nous faisons allusion.

OBSERVATION I.

(*Personnelle*).

Cord..., Jules, gardien de la paix, âgé de 41 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, lit n° 31, le 4 février 1895.

D'après ce que ce malade nous raconte, il n'a jamais eu aucune affection cutanée antérieure sauf de temps en temps un peu d'intertrigo au niveau des aisselles et des plis inguino-scrotaux. Il n'a, d'ailleurs, jamais eu aucune maladie interne méritant d'être signalée.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois semaines, par une tache rouge située dans l'aisselle droite, tache qui s'est étendue peu à peu, et en une quinzaine de jours, par suite de cet envahissement progressif, a gagné le bras droit dans sa presque totalité et la moitié droite du thorax. Les lésions des organes génitaux et du voisinage sont apparues il y a trois jours : celles du cou avant-hier seulement.

État actuel (5 février). — Au cuir chevelu, calvitie assez considérable occupant presque toute l'étendue du *vertex*, le front et les tempes dans leur partie supérieure, en un

mot, présentant les caractères de la calvitie des arthritiques. Cette partie déglabrée du cuir chevelu présente quelques croûtes plates, qui ont tous les caractères des croûtes séborrhéiques ; elles sont grasses, humides, plates et reposent sur les téguments normaux.

Les cheveux sont entourés de nombreuses squames fines, blanches, surtout abondantes au voisinage de leurs racines. Sur le cuir chevelu lui-même il y a de nombreuses squames soit détachées, soit encore adhérentes. Il y a donc du pityriasis capillitii, autrement dit de la séborrhée sèche du cuir chevelu.

Sur le visage il existe, disséminées, un grand nombre de vésicules qui ont tous les caractères de vésicules d'eczéma. Les unes sont transparentes, formées d'un liquide clair, à peine blanchâtre ; d'autres contiennent un liquide opaque ; il en est, enfin, qui sont transformées par la dessication en une petite croûte jaunâtre, peu épaisse, plate, à surface irrégulière. Chaque vésicule ou croûte a environ un quart à un demi-millimètre de diamètre ; elle repose sur une auréole érythémateuse, très petite, à limites peu nettes. On voit, de plus, disséminées, de petites squames blanches et un peu grasses qui sont de dimensions très minimales.

Sur les paupières et autour des yeux, rougeur assez vive, œdème léger, squames très fines et assez nombreuses, présentant les mêmes caractères que les précédentes ; tels sont les symptômes que nous observons. Il y a, de plus, un léger suintement au niveau des plis cutanés. Quant aux vésicules, elles existent comme sur les joues ; mais elles sont très petites, rares, et ne présentent pas d'aréoles inflamma-

toires appréciables, car celles-ci sont masquées par la rougeur ambiante.

Sur la face postérieure des oreilles il existe une rougeur diffuse surmontée de vésicules extrêmement petites ou plus larges, et alors de formes irrégulièrement polycycliques et paraissant formées par la confluence de plusieurs éléments primitifs. Ces vésicules sont extrêmement nombreuses sur les faces latérales de la tête, au niveau de la région glabre rétro-auriculaire.

Sur toute l'étendue de la région cervicale, nous retrouvons un érythème intense et des vésicules en grand nombre. Sur la face postérieure de l'oreille gauche et sur la moitié gauche de la nuque on voit, en outre, des croûtes jaunes, épaisses, molles, humides, mélicériques. En d'autres points de la nuque il y a des excoriations et, un peu partout, de la desquamation épidermique. Ces lésions de la région cervicale se continuent, par une bande étroite, avec de vastes placards d'eczéma typique situés sur la moitié droite du thorax et sur le bras droit.

Sur le thorax nous constatons l'existence d'une vaste nappe rouge qui se continue sur le bras jusqu'au voisinage du coude, après avoir envahi l'aisselle dans toute son étendue en la débordant même un peu en arrière. Sur cette vaste étendue de peau rouge vif ou rouge foncé se détachent des squames nombreuses, les unes blanches, minces quoique opaques, d'autres plus épaisses et jaunâtres. En beaucoup de points il y a un suintement de liquide citrin, séro-fibreux. A la périphérie de ces placards où les éléments sont rapprochés et la rougeur diffuse, il y a des éléments isolés, c'est-à-dire des vésicules et des croûtelles à base érythéma-

teuse distinctes nettement les unes des autres, et d'autant plus discrètes qu'on s'éloigne d'avantage du centre du placard.

Au pubis et sur les organes génitaux l'aspect est un peu différent. Sur un fond rouge pâle, ou sur la peau d'aspect normal comme couleur et comme consistance se détachent des vésicules à contenu blanchâtre, des croûtelles jaunâtres, ou bien brun-noirâtres et hémorrhagiques. La plupart de ces éléments sont isolés. Quelques-uns pourtant se groupent pour former de petits placards. Sur la verge, par exemple, nous remarquons une large croûte qui recouvre sa face dorsale sur la plus grande partie de sa largeur et sur les deux tiers de sa longueur. Cette croûte est épaisse, grisâtre, à surface irrégulière. Le prépuce forme une sorte de sac énormément distendu par l'œdème, l'aspect qu'il présente rappelle celui qu'on lui observe dans les cas d'anasarque ou de paraphimosis.

Au bras l'œdème est également considérable; mais il l'est encore plus au niveau de l'avant-bras où l'éruption n'existe pourtant pas. Sur ces deux segments du membre supérieur, la pression du doigt, après avoir, comme dans les autres régions, fait disparaître la rougeur, détermine la formation d'un *godet* très profond.

La mensuration comparative des deux membres supérieurs montre que le volume du bras droit est considérablement supérieur à celui du bras gauche puisque sa périphérie est d'un quart environ plus grand au niveau de la partie moyenne du bras, et d'un tiers vers la partie moyenne de l'avant-bras.

Il existe donc un gonflement, un œdème extrêmement net de ce membre.

L'interrogation de ce malade ne nous explique en aucune façon la cause de l'apparition de cette éruption. La surface tégumentaire n'a, chez lui, été soumise à aucune irritation soit par des vêtements, par des bains, soit par des applications quelconques.

Il n'a absorbé aucune des substances alimentaires ou médicamenteuses qui peuvent produire des poussées éruptives à la surface de la peau. Aucun trouble digestif, aucune affection viscérale n'est relevé dans les commémoratifs.

Enfin il n'existe pas chez lui d'autographisme bien net.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les bruits du cœur sont normaux.

L'examen de l'appareil respiratoire et celui du tube digestif ne fournissent que des renseignements négatifs.

Le 7 février. — L'œdème du bras a encore un peu augmenté de volume ; mais surtout d'étendue. Il s'est étendu à la partie inférieure de l'avant-bras et même à la main. Sur la face dorsale de la main droite, qui forme une voussure énorme, la pression du doigt donne un godet profond. Sous l'influence de pansements humides à l'eau de guimauve, l'eczéma s'est un peu détergé ; mais il reste très enflammé et on ne remarque aucune amélioration. Même traitement.

Le 9 février. — Il y a une légère diminution du gonflement ; la main est moins enflée ; de même l'avant-bras. Le bras et le prépuce sont revenus à leur volume normal.

Le 15 février. — L'amélioration est très considérable ; les vésicules ont disparu, il n'y a plus sur le cou et le thorax que des squames et une rougeur modérée qui tendent à dis-

paraître. Le gonflement de la main, l'œdème de l'avant-bras ont disparu à peu près complètement.

La sortie du malade est signée ; il achèvera de se guérir chez lui.

Réflexions.

Avant de présenter les quelques remarques que ce malade nous a suggérées, nous devons tout d'abord expliquer quelles raisons nous ont déterminé, en face de cette éruption à marche aigüe et rapide, à guérison presque complète en trois semaines environ, à poser le diagnostic d'eczéma.

Tout d'abord nous ferons observer que l'interrogatoire minutieux ne nous a permis de trouver aucune explication du développement de cette éruption, ni dans les aliments, ni dans les boissons absorbés par ce malade. Il n'avait pris aucune préparation médicamenteuse. Donc nous ne pouvons chez lui songer à une toxicodermie d'origine alimentaire, à aucune éruption pathogénétique. Il n'a appliqué sur ses téguments aucune substance irritante qui explique davantage cette éruption ; donc ce n'est pas une dermatite artificielle d'origine externe. Par élimination donc nous sommes portés à songer à l'eczéma.

Remarquons en outre que ce malade est séborrhéique (séborrhée du cuir chevelu, séborrhée du visage, surtout au voisinage des sillons des ailes du nez), qu'il est sujet à de l'intertrigo, que l'éruption a eu un début lent, s'est étendue progressivement de l'aisselle droite vers le cou et la face,

le membre supérieur droit, le thorax et les organes génitaux. La rougeur, les petites vésicules, les fines squames qui se sont reproduites à plusieurs reprises, squames fines et analogues à celles de l'eczéma séborrhéique; enfin le suintement qui s'est produit au niveau des plis de la peau et même dans toutes les régions plus ou moins humides à l'état normal, tout, en somme, prouve qu'il y a eu là une poussée d'eczéma aigu chez un individu ayant en permanence un état séborrhéique de la peau.

Voyons maintenant l'œdème. D'après le récit du malade le gonflement du bras, du thorax et du prépuce a commencé peu de temps après l'apparition de la rougeur. Il est allé en augmentant rapidement d'étendue et de volume. Lorsque nous l'avons vu pour la première fois, il occupait les régions précédemment désignées et y est resté localisé pendant toute la durée de l'affection. Modéré aux paupières et au thorax il est devenu énorme au prépuce et surtout au membre supérieur droit. Sur ce membre il occupait non seulement le bras, seul envahi par l'eczéma; mais encore l'avant-bras, et même la main. Au bras il était suffisant pour augmenter d'un quart environ le périmètre de ce segment, à l'avant-bras, l'augmentation était d'un tiers et à la main l'épaisseur de la région métacarpienne était doublée. Cet œdème de l'avant-bras et de la main ne peut, nous semble-t-il, s'expliquer rationnellement que par l'obstacle opposé à la circulation en retour par la congestion et la transsudation interstitielle qui se sont produites au niveau des régions envahies par cette dermatite aiguë de nature eczémateuse. La même explication nous paraît convenir à l'œdématisation du prépuce. Au contraire, l'œdème qui s'est produit

au niveau des placards même d'eczéma ne serait qu'un œdème inflammatoire analogue à celui qu'on observe dans maintes inflammations aiguës du derme, l'érysipèle par exemple.

OBSERVATION II.

(*Personnelle*).

Le nommé Gouard, âgé de 47 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 5 mars 1895. Ce malade a eu une bronchite il y a neuf ans, et depuis il est assez sujet à des catarrhes des voies respiratoires. En 1890 il fut atteint d'une paralysie faciale qui paraît avoir été produite par un refroidissement.

Il a déjà eu deux poussées éruptives du même genre que celle dont il est affecté en ce moment. La première, il y a trois ans, fut localisée au membre supérieur et au membre inférieur gauches.

La deuxième survint il y a environ une dizaine de mois; elle atteignit seulement le membre supérieur gauche et les organes génitaux.

La première poussée dura environ deux mois; des ulcérations s'étaient produites, le malade ne s'étant pas soigné. La deuxième n'eut qu'une durée d'une quinzaine de jours, le malade s'étant, dit-il, soigné dès le début.

L'affection actuelle, pour laquelle le malade se décide à entrer à l'hôpital a débuté vendredi dernier, c'est-à-dire il y a cinq jours environ. Le matin en se levant, il éprouva, au visage, une légère cuisson considérablement exagérée par le moindre frottement.

Le lendemain, le bras gauche et la jambe gauche ainsi que les parties génitales étaient envahies.

Le surlendemain la jambe droite elle-même est atteinte d'une éruption identique. Hier enfin la jambe droite est prise elle-même. Sur la moitié gauche du visage on voit un large placard rouge qui s'avance jusqu'à quelques centimètres de la ligne médiane, et, en arrière, jusqu'au cuir chevelu. Il remonte jusqu'au haut du front et descend jusqu'à la racine du cou. La moitié droite de la face est à peu près intacte; mais des lésions existent sur toute l'étendue de la région cervicale.

Dans les points où les éléments sont discrets chacun constitue une papulo-vésicule. La vésiculette est, ou bien très petite, à peine visible à l'œil nu, ou bien un peu plus volumineuse. Les plus grandes n'ont guère qu'un millimètre de diamètre. Les plus petites ont un contenu transparent. Les plus grosses un contenu blanc ou blanc jaunâtre opaque.

Chaque vésicule repose sur une aréole inflammatoire, petite et saillante, rouge, à limites peu nettes.

Au-dessous de quelques éléments cette aréole est à peine visible, ou même fait complètement défaut.

Sur la joue droite, ces éléments ne se distinguent plus, sauf à la périphérie de ce placard éruptif dont la surface est recouverte de croûtes assez épaisses. Petites, jaunâtres, mélancériques, ces croûtes sont entremêlées de squames

blanches, assez larges, nombreuses, surtout vers la périphérie, et principalement au niveau de la tempe.

Toute la région envahie est d'un rouge sombre et légèrement œdématiée. La pression du doigt détermine la formation d'un godet très net.

Sur l'oreille nous trouvons également de très petites vésicules nombreuses, rapprochées les unes des autres, des croûtes jaunâtres et des squames blanches. Cette oreille est rouge, gonflée. A son pourtour, en arrière, nous trouvons les mêmes lésions.

Sur le front il est facile de voir un assez grand nombre d'éléments isolés, peu volumineux, parfois réunis de manière à former de petits placards. Chacun d'eux comprend : au centre une petite vésicule en état d'activité, ou déjà desséchée et transformée en une petite croûte ; autour de cette vésicule ou de cette croûte il y a une aréole rouge, saillante, large de deux à trois millimètres.

Sur le cou, sur les faces antérieures, latérales, postérieures, en un mot, dans toute son étendue, nous remarquons de très nombreuses vésicules, pour la plupart isolées les unes des autres. Un assez grand nombre de ces éléments présentent un caractère tout particulier : ils sont centrés par des poils. Au centre de la vésicule ou de la croûte on voit un poil follet ou adulte dont le point d'implantation paraît ainsi entouré d'une petite couronne ou collerette.

Sur la nuque, au voisinage du cuir chevelu, un certain nombre d'entre elles sont de véritables papules, larges de quatre à cinq millimètres, dont le centre est recouvert d'une petite croûte et fait une saillie assez considérable.

L'oreille droite n'est nullement œdématisée. Il faut remarquer, d'ailleurs, que les lésions y sont discrètes.

Le cuir chevelu ne présente de lésions qu'en quelques points de sa périphérie; mais sur toute l'étendue de cette région nous trouvons des squames disséminées parmi les poils et à la surface même du cuir chevelu. Il y a donc chez ce malade du pityriasis capillitii, ou pour s'exprimer autrement, de la séborrhée sèche du cuir chevelu.

Sur toute l'étendue du tronc, mais surtout sur l'adomen et plus spécialement vers sa partie inférieure, il existe, dissimulés, des éléments éruptifs assez nombreux, formés, comme ceux que nous avons décrits plus haut, d'une vésiculette minuscule entourée d'une petite aréole rouge, inflammatoire.

De même aussi sur les membres supérieurs nous trouvons des lésions analogues à celles qui existent sur le tronc. Les vésicules sont pour la plupart assez éloignées les unes des autres pour que les petites aréoles érythémateuses n'arrivent à se toucher qu'en de rares endroits. Il en résulte que sur ces segments les lésions sont discrètes. A peine voit-on, par par ci par là, quelques petits groupements, sous forme de placards, d'éléments agminés.

De même que celles des bras, les éruptions des avant-bras sont symétriques. Sur la presque totalité de ce deuxième segment des membres supérieurs nous notons : Une rougeur diffuse, foncée, due, sans doute, à la confluence des aréoles érythémateuses et aussi des vésicules très nombreuses, blanches. Sur la partie inférieure de la face postérieure des avant-bras et sur la face dorsale des mains, les éléments sont plus larges et atteignent deux millimètres de diamètre.

Leur aspect est celui de petites gouttes de cire blanche coulées sous l'épiderme : ce sont des pustules petites, contenant du pus blanchâtre.

Sur les faces postérieures et latérales des doigts nous retrouvons ces mêmes vésico-pustules. Quelques-unes translucides, d'autres contiennent une gouttelette de liquide clair, transparent : presque toutes sont saillantes.

La rougeur n'a pas, en haut, de limites nettes, les lésions vont décroissant progressivement d'importance du tiers supérieur de l'avant-bras, vers la partie inférieure du bras où elles sont tout à fait discrètes.

Sur les parties inférieures des avant-bras on voit en outre un commencement de desquamation sous forme de très petites collerettes blanches, adhérentes par leur périphérie, ou sous forme de lames un peu plus longues et assez larges.

La partie inférieure des avant-bras et les mains sont œdématisées. La pression du doigt efface la rougeur et détermine la formation d'un godet profond, surtout sur la face dorsale des mains.

Aux organes génitaux le malade a eu de la rougeur, des vésicules et un œdème considérable du prépuce. Aujourd'hui il ne reste plus, sur la verge et les bourses, qu'une rougeur diffuse, quelques croûtes et de la desquamation.

Dans la partie supérieure et antérieure des deux cuisses, nous remarquons de la rougeur et de nombreuses vésicules.

Dans les plis cruro-scrotaux, l'épithélium, macéré par l'humidité naturelle de cette région, humidité encore augmentée par l'inflammation actuelle, forme des débris blanchâtres, peu adhérents, exhalant une odeur désagréable.

Sur la cuisse droite il y a quelques vésicules isolées. Sur

la jambe elles sont plus nombreuses, surtout au creux poplité et sur la face antérieure de la jambe. Ces vésicules reposent là sur une base purpurique violacée où se sont produits des phénomènes de congestion d'une part, et, d'autre part, des hémorrhagies interstitielles. En effet, la pression du doigt sur ces papules ne fait disparaître que la coloration rouge; il persiste ensuite une coloration violacée, très foncée, tranchant nettement sur le fond blanc produit par la pression du doigt. Ces lésions occupent toute la hauteur de la jambe. Un grand nombre d'entre elles sont centrées par des poils.

Sur la face postérieure elles sont peu nombreuses. Membre inférieur gauche : Sur les deux tiers inférieurs de la cuisse les lésions éruptives sont à peu près nulles. Au tiers inférieur elles augmentent rapidement et, à une dizaine de centimètres au-dessous du genou, commence, sur la jambe, une rougeur diffuse qui ne s'arrête, après avoir entouré le membre dans toute sa périphérie, qu'au voisinage de la racine des orteils.

Cette rougeur est violacée, surtout à la partie inférieure de la jambe, et la pression du doigt montre qu'il y a à la fois de l'érythème, qui disparaît par cette pression, et des taches nombreuses, petites, qui persistent, ont une coloration violacée et sont du purpura.

Toute la jambe; mais principalement la partie inférieure est très œdématiée.

Sur toute cette surface il persiste de très nombreuses et très petites vésicules, centrées ou non par des poils. Les unes sont transparentes, d'autres blanches et translucides. Quel-

ques-unes sont déchirées, et leur pourtour est le point de départ de la formation de squames.

Sur la partie antérieure du pied, les vésicules sont isolées et chacune est pourvue d'une petite aréole rouge. Il en est de même sur la première phalange des orteils.

Sur la face plantaire du pied (talon antérieur) et des orteils il existe quelques vésicules isolées, profondes, non saillantes, sans rougeur.

Les symptômes fonctionnels dont cette éruption s'accompagne sont des cuissons vives à la paume des mains, et aussi au niveau des jambes; ces sensations sont intenses surtout lorsque le malade est debout. Quand il est couché il éprouve surtout des démangeaisons, sans doute désagréables, mais moins douloureuses.

En même temps le malade a un peu de céphalalgie. Son appétit est un peu diminué, sa température reste normale.

Il n'a pas d'albumine dans les urines. L'interrogation nous apprend que cette éruption n'est consécutive ni à l'absorption d'une substance médicamenteuse ni d'un aliment suspect. Elle n'est pas davantage le résultat de frictions ou d'applications irritantes quelconques.

Le 8 mars. — Pendant les jours précédents les vésicules se sont desséchées. Un grand nombre d'entre elles sont devenues des centres de formation des squames. Mais sur la plupart des points, principalement au niveau des plis de la peau (paupières, face postérieure des oreilles, aisselles, cou, coudes, plis inguinaux et creux poplités), les lésions sont devenues abondamment suintantes. Le liquide ainsi exsudé donne lieu à la formation de croûtes plates, molles, jaunâtres; d'au-

tres sont plus épaisses, blanchâtres, comme formées de squames agglomérées par ce liquide qui empèse le linge.

L'œdème des membres supérieurs et inférieurs a un peu diminué sous l'influence du repos dans le décubitus horizontal auquel le malade a été astreint.

Le 15 mars. — La desquamation est très abondante dans les régions où elle ne faisait que commencer il y a huit jours. Ces squames étaient, au début, assez larges, surtout sur les membres, aujourd'hui elles sont plus petites, très fines ou même pilyriasiques en beaucoup de points. Au-dessous de ces squames épidermiques la peau a un aspect lisse, une coloration rouge jaunâtre qui tend à disparaître peu à peu.

Quant à l'œdème il a complètement disparu.

Le suintement qui se faisait en certaines régions signalées plus haut a considérablement diminué; les croûtes ont disparu et il ne reste plus, en ces points, qu'une rougeur assez vive et des squames jaunâtres, humides et grasses.

Le 25 mars. — L'état du malade est très amélioré, à tel point que sauf un petit placard d'eczéma séborrhéique persistant, au voisinage de la région présternale et caractérisé par une coloration jaunâtre, fauve, des squames blanches assez nombreuses, il ne reste plus qu'une légère desquamation, et, par points un peu de pigmentations de la peau.

Lc 30 mars. — Le malade sort à peu près complètement guéri.

Réflexions.

Dans cette observation comme dans la précédente nous

sommes convaincus que nous avons eu affaire à un eczéma aigu, ou pour mieux dire à une poussée aiguë d'eczéma chez un individu ayant présenté antérieurement deux poussées analogues et conservant, d'une manière presque continue en certains points du corps, la région présternale, par exemple, de petits placards d'eczéma chronique. Une seule affection pourrait être soupçonnée chez ce malade, après lecture de son observation, en dehors de l'eczéma ; c'est la dermatite scarlatiniforme desquamative récidivante ; mais dans cette affection le symptôme primordial, objectivement parlant, celui qui est le premier en date et le plus important c'est l'hérythème. Les autres manifestations cutanées sont tout à fait accessoires ; c'est par la constatation de cet érythème, par la desquamation, très analogue à celle de la scarlatine, dont il est suivi, et enfin par les récidives que se fait le diagnostic. Chez notre malade les lésions tégumentaires sont tout autres : l'érythème n'a été que le premier degré du développement des lésions vésiculeuses, puis il a été constitué par la confluence des aréoles inflammatoires qui entouraient la base de chacune de celles-ci. La desquamation a été relativement peu importante. Enfin, symptôme capital, à notre avis et d'après les dermatologistes, les lésions ont été suintantes à une certaine période de leur évolution, au niveau des coudes, des aisselles, des paupières et des régions inguinales poplitées. Ceci nous semble démontrer que nous avons bien devant nous un cas d'eczéma.

Nous devons maintenant examiner quelles particularités l'œdème a présenté chez lui. Tout d'abord nous ferons remarquer qu'il a été moins considérable que chez le malade qui

fait l'objet de notre observation I et aussi, qu'il a été différent par ses localisations.

Nous avons bien constaté un léger œdème de l'avant-bras et un gonflement considérable de la face dorsale de la main ; mais il n'y avait pas augmentation de plus de deux ou trois centimètres de la périphérie de l'avant-bras. L'explication que nous donnerons de cet œdème est identique à celle que nous avons donnée dans notre observation première ; mais aux membres inférieurs et aux pieds l'explication nous paraît plus complexe. S'il nous semble, a priori, qu'il faut ici, comme aux bras, incriminer la congestion inflammatoire des tissus déterminant une augmentation du volume de ceux-ci, et, par suite, compression des vaisseaux veineux superficiels, et mettant ainsi un obstacle à la circulation en retour des segments du membre sous-jacent, nous pensons aussi que la pesanteur a joué un certain rôle. Le malade ne s'était guère couché avant d'entrer à l'hôpital, et nous avons signalé chez lui l'existence de pétéchies désséminées sur les membres inférieurs, dues à la rupture de capillaires altérés par l'inflammation, et soumis à une trop forte pression par suite de la position verticale. Donc l'inflammation, d'une part, la station debout, d'autre part, nous paraissent avoir été les deux facteurs essentiels de la production de cet œdème.

OBSERVATION III

(*Personnelle*).

B..., Jean, âgé de 53 ans, journalier s'était toujours bien porté jusqu'au 1^{er} février 1895. Il n'avait, particulièrement, été jamais atteint d'aucune affection cutanée ni syphilitique.

Vendredi dernier, 1^{er} février, il éprouve autour des yeux des sensations de picotement fort désagréable, et qu'il ne peut rationnellement attribuer à aucune irritation provenant de l'extérieur.

Le lendemain matin apparaissent les lésions actuelles que le malade constate facilement *de visu*.

Cette apparition s'est produite sans que le malade ait ressenti aucun trouble viscéral, sans qu'il ait éprouvé aucun symptôme général.

Etat actuel :

15 février. — Sur la figure nous voyons de fort nombreuses dilatations et arborations vasculaires, rouges, et de plus de la rougeur et de l'épaississement des téguments

autour des yeux, c'est-à-dire sur les paupières et les parties voisines.

En dehors de l'angle externe de l'œil gauche cette rougeur est surmontée de petites squames rares, et de croûtelles grisâtres, peu épaisses, à surface irrégulière. De plus aussi, dans toute l'étendue de la zone érythémateuse entourant cet œil on voit, outre les croûtelles et les squames, deux ou trois vésicules extrêmement petites, à contenu clair, jaunâtre, citrin, ou bien blanchâtre et trouble. Enfin, dans les plis de la paupière supérieure, il est facile de remarquer un léger suintement qui donne à ces plis, lorsqu'on les fait disparaître par traction en sens opposés sur la peau, l'aspect d'une plaque humide et légèrement rougeâtre.

Sur le nez et sur les joues, sur un fond érythémateux peu marqué il y a de très petites saillies rougeâtres, qui sont surmontées de très petites croûtelles analogues aux précédentes.

Dans la moustache nous voyons de nombreuses croûtes épaisses, granuleuses, mélicériques qui existent presque exclusivement au voisinage de la ligne médiane et surtout à gauche. Elles existent également dans le sillon naso-labial du même côté.

Sur le bord cutaneo-muqueux de la lèvre supérieure il y a également quelques petites croûtes; mais différentes par leur aspect : elles sont plates, assez larges, brunâtres, et ressemblent, à un examen superficiel, à des croûtes consécutives à l'existence antérieure de vésicules d'herpès. Elles sont larges, plates, brunâtres. A la périphérie de l'une d'elles l'épiderme décollé par une petite suppuration forme un segment d'anneau.

Sur la lèvre inférieure, de même que sur le nez et les joues, il y a, les unes isolées et discrètes, d'autres confluentes et groupées de manière à constituer de petits placards, de minimales croûtelles reposant sur des saillies rouges à limites un peu diffuses.

Sur les parties latérales du cou, nous trouvons de même des placards, eczématiformes, constitués par de la rougeur, de petites vésicules et quelques squames.

Au cuir chevelu notons en passant quelques croûtes gris-noirâtres, très plates et peu épaisses, grasses, qui paraissent dues à de la séborrhée car, au-dessous d'elles, le cuir chevelu a son aspect normal.

Sur la face antérieure du thorax on voit encore de très minimales élevures isolées ou agminées. La plupart sont isolées. Les autres forment de petits placards. Parmi ces élevures il en est qui sont lisses; le plus grand nombre porte sur le sommet une petite croûte grisâtre ou une vésicule extrêmement petite.

Sur la face antérieure de l'abdomen, quelques lésions analogues; mais très discrètes.

A la face dorsale du tronc nous retrouvons vers la partie supérieure quelques vésicules d'eczéma, isolées en agminées les unes encore transparentes, d'autres concrétées et jaunâtres.

Près de la ligne médiane quelques lésions de grattage, mais nous ne trouvons en aucun point du corps, de lentes fixées aux poils, aussi ne pensons-nous pas qu'il s'agisse d'un prurigo parasitaire.

Dans la région interscapulaire la peau est grasse, humide, un peu séborrhéique.

Sur les membres supérieurs nous voyons les lésions atteindre leur maximum d'intensité : sur la face externe du bras droit, et sur la moitié externe de la face postérieure de l'avant-bras, on voit un vaste placard rouge à limites extrêmement diffuses, au niveau duquel on peut remarquer : 1° de petites squames, larges tout au plus de deux ou trois millimètres, adhérentes par leur centre ou par un de leurs bords, des croûtelles plus petites encore; 2° des excoriations suintantes produites par le frottement de la chemise qui est en toile rugueuse; 3° une rougeur vive. On y voit encore un quatrième ordre d'éléments qui sont des vésicules très petites, miliaires, remplies d'un liquide jaunâtre. Ces vésicules sont très nombreuses.

A la périphérie de ce placard nous voyons des éléments analogues, c'est-à-dire des vésicules, des croûtelles qui reposent sur une base érythémateuse et légèrement saillante. Ces éléments sont extrêmement petits; de plus ils ne sont pas confluents en général, à ce niveau. Chacune est séparée des autres par des espaces de peau saine ou par des portions de téguments qui sont seulement un peu érythémateuses. Ces éléments deviennent d'autant plus discrets qu'on s'éloigne davantage du centre de la plaque.

Œdème. — L'œdème existe sur toute l'étendue de ce vaste placard eczémateux; il est même beaucoup plus étendu, car nous le retrouvons, quoique moins marqué, sur toute l'étendue des trois quarts inférieurs du bras, aussi bien au niveau de la face interne, à peu près saine, que sur la face externe. Il existe aussi, non moins marqué, dans toute l'étendue de l'avant-bras, sauf à la partie inférieure de la face antérieure, bien qu'en ce point nous remarquions l'exis-

tence de vésicules discrètes, à la vérité; mais, pourtant assez nombreuses.

La main droite est à peu près indemne; pourtant sur la face dorsale du premier métacarpien on voit une série de vésicules formant une bande étroite et descendant jusque sur la première phalange du pouce où les vésicules et les croûtelles consécutives constituent un petit placard.

Sur la face dorsale des doigts, surtout au niveau de la face dorsale des premières et un peu sur la face dorsale des deuxième phalanges on trouve quelques groupes de vésicules.

Dans les interstices des doigts ces lésions sont encore beaucoup plus accentuées, les vésicules nombreuses et serrées, presque confluentes, se voient avec leur maximum d'abondance entre l'index et le médus. Dans cet interstice la rougeur est très vive et continue.

Entre le médus et l'annulaire on voit ces mêmes lésions, et, au centre, outre quelques croûtes jaunâtres, une bulle longue de 6 millimètres, large de 4, remplie d'un liquide parfaitement transparent.

Entre l'annulaire et l'auriculaire le suintement est plus considérable; l'épiderme est macéré et le liquide transsudé se dessèche à la périphérie des parties en contact, en une croûte jaunâtre.

Dans l'aisselle gauche, ainsi que dans l'aisselle droite, on voit de la rougeur et un peu de pigmentation. Le malade éprouve dans ces régions un peu de prurit.

Sur le bras gauche, nous voyons un placard très étendu, identique dans sa forme et ses principaux caractères et presque, dans sa situation, à celui que nous avons décrit

sur le bras droit. L'œdème est encore ici très considérable ; très nettement évident au niveau du bras où la pression du doigt détermine assez facilement la formation d'un godet, il devient presque énorme sur la face postérieure de l'avant-bras, bien que l'eczéma soit surtout intense sur la face antérieure.

Il y forme une véritable tumeur à limites peu nettes en haut et sur les côtés où il se confond avec l'œdème des régions voisines ; mais assez nettes en bas, où cet œdème s'arrête à l'union du tiers moyen de l'avant-bras avec le tiers inférieur.

Sur la face postérieure de la main, nous trouvons d'assez nombreuses vésicules disséminées. Sur la face postérieure des premières phalanges, mêmes lésions que du côté droit ; également dans les interstices des quatre derniers doigts où elles sont encore plus étendues qu'à droite.

Les membres inférieurs sont indemnes.

Sur les organes génitaux, nous voyons que, dans toute l'étendue de la verge, il y a une rougeur peu intense, de très nombreuses et très petites vésicules, sur la face dorsale principalement, enfin un œdème très considérable, analogue à celui qu'on observe chez les asystoliques. Les bourses ne sont pas œdématiées ; mais on y voit de nombreuses croûtes, surtout sur les parties latérales, dues également à des lésions eczémateuses.

Ce malade, employé de magasin, traîne une charrette à bras et porte des caisses de ferblanterie, sa profession n'explique donc pas l'apparition de cet œdème.

Les symptômes fonctionnels consistent essentiellement

en des démangeaisons surtout intenses le soir, à la chaleur du lit, et des cuissons assez vives. Pas de scabiose.

Un fait très remarquable est que les téguments de ce malade présentent un autographisme extrêmement développé.

Tout sillon fait avec l'ongle détermine l'apparition assez rapide d'une bande rouge dont la largeur s'étend progressivement au point d'atteindre cinq à six centimètres. Le long de la ligne même tracée par l'ongle se forme bientôt après une saillie urticarienne, blanc-rosé, large de quelques millimètres à un centimètre, saillante de un à deux millimètres. Ces phénomènes ne déterminent chez le sujet aucune sensation, aucun symptôme subjectif.

Cet individu est très nerveux; il dit avoir eu des crises de nerfs assez intenses pour lui faire perdre connaissance, et qui survenaient particulièrement après des excès de boisson, excès qu'il commettait d'ailleurs exceptionnellement.

Le 8 février. — Le malade est tellement amélioré (l'œdème a complètement disparu, il persiste seulement un peu de rougeur, quelques squames et un eczéma de la lèvre supérieure), qu'il se décide à quitter l'hôpital.

Le 15 février. — Une nouvelle poussée aiguë s'est produite parce que le malade a, dès sa sortie, cessé complètement le traitement, et a voulu reprendre son travail. Il ne s'est soumis à aucune autre cause d'irritation, n'a pris aucun aliment, aucun médicament interne, ni employé aucun médicament externe dont l'usage aurait pu produire une éruption cutanée.

Les localisations des lésions dont il est actuellement atteint sont les mêmes que celles de l'affection antérieure : c'est-à-dire qu'elles occupent tout particulièrement les avant-bras

et les trois quarts supérieurs des bras qui sont rouges et œdématiés. L'œdème des mains est également considérable.

Le visage et les paupières sont rouges, présentant des vésicules, des croûtes impétigineuses sur les paupières, les lèvres et le pourtour de la bouche.

Sur le corps, nous retrouvons, comme précédemment, de nouvelles vésicules d'eczéma, isolées, disséminées.

Les organes génitaux sont encore affectés.

Le 25 février. — Sous l'influence de compresses imbibées d'eau amidonnée, les accidents aigus se sont rapidement calmés, de même que la première fois.

Le 30 février. — Le malade sort dans le même état que la première fois, c'est-à-dire en conservant un peu d'eczéma de la moustache, eczéma tenace et résistant aux applications de topiques divers.

Réflexions.

Nous n'insisterons pas sur les raisons pour lesquelles le diagnostic d'eczéma aigu a été porté devant l'affection cutanée que présentait ce malade. Nous ferons observer seulement que la persistance d'un eczéma de la lèvre supérieure après la guérison complète des autres lésions, en un mot d'un foyer d'eczéma chronique après la guérison de la poussée aiguë, nous paraît suffisamment plaider en faveur de ce diagnostic.

C'est à d'autres points de vue que nous voudrions nous placer devant ce cas.

Comme dans les deux observations précédentes ce n'est pas, comme le disent les auteurs, dans les régions à tissu cellulaire sous-cutané lâche et celluleux que l'œdème a atteint son maximum d'intensité : ainsi, sur les bourses et la verge il y avait des lésions abondantes et typiques de l'eczéma. Pourtant l'œdème y faisait totalement défaut. De même aux paupières il est resté très modéré.

C'est aux membres supérieurs : bras, avant-bras et mains qu'il a, encore dans ce cas, atteint son maximum d'intensité.

Mais tandis que les éruptions avaient leur maximum d'intensité sur la face antérieure de ces membres, c'est à la face postérieure que l'œdème était le plus considérable. Sans vouloir chercher à expliquer complètement ce phénomène bizarre, nous sommes pourtant porté à croire que la pesanteur ne doit pas être étrangère à sa production, et peut-être aussi la laxité plus grande du tissu cellulaire sous-cutané à la face postérieure du membre supérieur qu'à la face antérieure. Nous devons faire remarquer, dans le même sens, que l'œdème, comme dans tous les cas, d'ailleurs, quelle qu'en soit la cause, est toujours énorme à la face dorsale des mains tandis qu'il manque complètement à la face antérieure pourvue de tissu cellulaire dense et résistant que l'œdème n'arrive à distendre que dans des cas absolument exceptionnels et à un léger degré (inflammations suppuratives).

En outre, nous avons noté un dermographisme extrêmement développé chez l'individu qui fait l'objet de cette observation. Pourrait-il y avoir une relation de cause à effet entre ce dermographisme et l'œdème énorme observé.

Nous ne le pensons pas, parce que dans nos observations antérieures ce symptôme qui avait pourtant été recherché faisait complètement défaut. Nous pensons donc que l'eczéma est la cause prochaine de cet œdème. D'ailleurs la tuméfaction urticarienne est le résultat de modifications purement intra dermiques, l'œdème que nous notons siègeait, au contraire, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

OBSERVATION IV.

(*Personnelle*).

B., Marie, âgée de 32 ans, blanchisseuse, entre le 17 décembre 1894 à l'hôpital Saint-Louis. Dans les antécédents personnels nous ne trouvons, jusqu'à cette année aucune affection méritant d'être notée. Elle s'est toujours bien portée et a deux enfants également bien portants.

Il y a six mois elle a vu apparaître pour la première fois, sur la jambe droite, de petits boutons prurigineux. Elle s'est grattée et a ainsi déterminé la formation d'ulcérations et d'érosions superficielles.

Il y a quinze jours sont survenus, sur la figure et sur la jambe droite, sur les bras et sur le tronc de nombreux boutons qui ont déterminé des sensations de cuisson assez intenses pour empêcher le sommeil. Huit jours après, la jambe gauche a été également atteinte. Il y a trois jours des lésions analogues se sont développées sur le visage où elles ont produit une cuisson vive. Les paupières ont été également envahies et il en est résulté du larmolement.

Au même moment s'est développé un œdème considérable de la jambe, principalement au niveau du mollet, qui, d'après la malade, avait à peu près doublé de volume.

Quelques pustulettes sont apparues à la même époque et sont allées en augmentant progressivement de nombre et d'étendue.

État actuel :

17 décembre. — Sur le cuir chevelu, séborrhée sèche sous forme de fines squames pityriasiques. La malade a toujours eu ces pellicules, dit-elle. Sur la face postérieure du tronc, on voit quelques papulo-vésicules, constituées par un élément vésiculeux très petit reposant sur une base rouge ou jaunâtre, légèrement saillante. Quelques-unes de ces élevures sont recouvertes d'une croûte mince. Ces lésions sont isolées, peu nombreuses.

Sur le visage : fine desquamation très peu abondante, légère exagération de la vascularisation des joues. Dans la région sus-hyoïdienne : plaques légèrement rouges recouvertes de fines squames de dimensions variables, de formes irrégulières, d'épaisseur toujours minime.

Sur la face antérieure du thorax : quelques taches rosées à peine sensibles.

Sur la partie inférieure des seins, au-dessous des mamelons, on voit de petites taches jaunâtres ou rosées groupées par placards petits et isolés et qui présentent aussi une desquamation par fines écailles.

Sur la face antérieure de l'abdomen se voient également quelques placards analogues, irrégulièrement distribués.

Au-dessous et à droite de l'ombilic, il y a de nombreuses petites élevures moins volumineuses qu'un grain de millet

rouge pâle, surmontées de toutes petites vésicules, de squames ou de croûtelles brunâtres, hémorrhagiques, qui sont des lésions de grattage.

Sur la hanche gauche, la malade nous montre un large placard eczématiforme, de forme très irrégulière, mesurant d'avant en arrière vingt centimètres et six de haut en bas. Il est formé d'îlots de peau saine isolés les uns des autres par des lésions discrètes ou agminées, composées de papules à sommet excorié, de papulo-vésicules ou d'éléments papulo-croûteux ; la base de quelques-unes est entourée de fines squames.

Sur la hanche droite elle a un placard analogue, qui présente à peu près les mêmes dimensions.

Elle en a plusieurs, de dimensions variées, sur les membres supérieurs, où ces lésions sont presque symétriques.

Des deux côtés les avant-bras dans presque toute leur étendue présentent une rougeur diffuse avec seulement quelques îlots de peau saine sur la face antérieure. Cette surface est rugueuse ; on y voit : des squames nombreuses, très fines, quelques élevures plates, irrégulières, de formes variées, arrondies ou allongées, d'un rouge plus vif se dessinent sur un fond plus pâle.

Sur le bras droit trois petites croûtilles épaisses, grisâtres, recouvrent de petites excoriations produites par le grattage.

Sur la face postérieure des mains les éléments sont beaucoup moins nombreux, isolés ou formant de très petits placards.

Les doigts sont presque indemnes ; les ongles ne présen-

tent aucune altération, en particulier ni striation longitudinale, ni striation transversale.

Sur le membre inférieur gauche, au niveau de la face antérieure, nous remarquons de larges placards identiques à ceux qui ont été décrits plus haut. Ils sont caractérisés par :

Un léger épaissement du derme et de la rougeur. La surface présente de petits points suintants, quelques vésicules ou des squames isolées ; sur la face externe du genou il y a, en outre, quelques croûtes brunâtres produites par le grattage.

Sur la jambe gauche il y a, outre les lésions eczéma-teuses peu abondantes, des croûtes analogues aux précédentes. De plus, un peu au-dessus de la partie moyenne de la face antérieure, plusieurs croûtes plates, jaune-brunâtre, et, autour de celles-ci, des pustulettes remplies d'un pus blanchâtre.

Au tiers inférieur, sur la face interne, deux croûtes épaisses, irrégulières, noirâtres, recouvrent des ulcérations superficielles.

Remarquons aussi un petit piqueté hémorrhagique.

Sur le mollet, principalement au creux poplité, on voit quelques varicosités veineuses superficielles.

Sur la face dorsale du pied : croûtelles jaunâtres isolées, de dimensions variant entre celles d'une tête d'épingle ou moins encore à celles d'un petit grain de blé.

Nous constatons un très léger œdème de ce membre. Sur le membre inférieur droit, il existe, au niveau de la cuisse, les mêmes lésions que dans la région correspondante du côté gauche. En outre, sur la face antérieure se

voient deux croûtes distinctes l'une de l'autre, épaisses, larges de 8 à 10 millimètres, brunâtres, à surface un peu irrégulière. Ces croûtes sont un peu adhérentes aux téguments sous-jacents ; après les avoir détachées, on trouve au-dessous une cicatrice violacée légèrement déprimée.

La face antérieure de la jambe présente une augmentation de volume considérable, produite par un œdème assez dur, au niveau duquel la pression du doigt produit un godet qui persiste un temps assez long. La coloration générale de ce membre est d'un rouge assez vif.

Les lésions paraissent assez complexes.

A la partie supérieure, on voit, immédiatement au-dessous du genou, quelques excoriations assez larges, quelques pustules petites sauf une seule qui, de forme très irrégulière, atteint un centimètre de long sur six millimètres de large.

Plus bas : nombreuses squames de dimensions variables atteignant un centimètre et demi de diamètre.

Dans la plus grande partie de l'étendue de la jambe, sur le fond rouge s'effaçant incomplètement par la pression, on voit un pointillé purpurique que la pression ne modifie pas, des squames plus petites que les précédentes. De plus, principalement sur la face externe, de nombreuses excoriations dont les unes ont un fond rosé, les autres, au contraire, sont tapissées par un détritit blanchâtre ou jaunâtre.

A la partie inférieure, autour du cou-de-pied, ces exulcérations ont des dimensions variables parce que les unes ont succédé à des pustules isolées, d'autres à des pustules agminées.

Sur la face postérieure, au creux du jarret, lésions d'ec-

zéma très suintant, c'est-à-dire rougeurs, érosions très superficielles, suintantes, d'où s'écoule un liquide citrin empesant le linge. Sur toute cette surface, on voit aussi des squames larges, plates, blanc-jaunâtre, ou plus foncées.

Plus haut, vers la cuisse, nous retrouvons un certain nombre de pustules grosses comme des grains de chènevis et qui reposent sur une base saillante, érythémateuse, analogue à la base enflammée d'une pustule d'ecthyma.

Sur la face postérieure du mollet, les vésicules sont extrêmement petites et nombreuses ; il y a là, de plus, de petites excoriations qui ont succédé à d'autres vésicules, et qui sont toutes très superficielles. A la partie inférieure de la jambe, il y a encore des excoriations de formes irrégulières, très suintantes.

Au pied, l'œdème est considérable. La face dorsale forme une tumeur arrondie, rougeâtre, sans qu'il y ait là rien de la rougeur d'un phlegmon. Cette tuméfaction est séparée de la racine des orteils et du cou-de-pied par des sillons transversaux, profonds.

Sur cette tuméfaction, la pression du doigt détermine la formation d'un godet profond. Nous remarquons en outre sur le pied l'existence de nombreuses vésicules, très petites et d'excoriations minimales qui ont succédé à d'autres vésicules et qui ont des dimensions variables.

Sur la face dorsale il y a de plus quelques croûtes et quelques pustules.

Les symptômes subjectifs sont des démangeaisons, des sensations vives de cuisson qui sont même assez intenses pour produire de l'insomnie. L'état général est bon.

L'examen des différents viscères ne nous permet d'y trouver aucune tare. Nous dirons seulement que les urines ne renferment pas d'albumine.

Le 25 décembre. — La malade a été rapidement améliorée par des applications de compresses trempées dans de l'eau de guimauve. L'œdème a diminué rapidement en même temps que les phénomènes inflammatoires aigus. Aujourd'hui nous voyons persister surtout, outre un léger œdème du pied droit, de la rougeur, des squames, et par points un léger suintement.

La malade est soumise au traitement par l'oxyde de zinc en pommade.

Le 31 décembre. — Elle se trouve tellement améliorée qu'elle demande à sortir. Il y a encore sur les membres inférieurs des macules pigmentées, des cicatrices violacées, consécutives à des exulcérations, enfin une coloration jaune rougeâtre, à peine appréciable, étendue à la plus grande partie des membres inférieurs.

Réflexions.

Comme dans nos précédentes observations nous croyons devoir, avant d'insister sur l'importance de l'œdème, avant de montrer quel degré considérable il a atteint, justifier d'abord notre diagnostic d'eczéma. Or il nous paraît que

deux hypothèses pourraient seules être faites en présence de cette malade. S'agit-il d'un eczéma, ou bien n'avons-nous eu affaire qu'à une dermatite provoquée d'origine externe? La profession de la malade qui est blanchisseuse semble, au premier abord, donner quelque raison d'être à cette supposition. Nous la rejetons pourtant pour les raisons suivantes : lorsqu'une dermatite a pour cause une irritation externe, c'est au point même où l'agent irritant est appliqué que l'inflammation débute, et, le plus souvent, conserve son maximum d'intensité. Chez les blanchisseuses la dermatite professionnelle débute par les mains et les bras et conserve le plus ordinairement en ces points son intensité maxima.

Chez notre malade, au contraire, c'est sur les jambes que l'affection parut. Des poussées successives se sont produites qui ont donné à l'affection des allures chroniques, lesquelles nous paraissent appartenir surtout à l'eczéma étant donné l'aspect objectif de l'éruption.

Quand à l'œdème, peu marqué aux membres supérieurs il a surtout été intense aux membres inférieurs, où il a envahi les jambes et les pieds. Sa durée brève, sa disparition rapide en même temps que disparaissaient les symptômes aigus, en même temps aussi que la malade était soumise au repos complet, nous semblent démontrer que plusieurs facteurs sont intervenus dans sa production. Ce sont : 1° L'inflammation des segments, 2° la stase sanguine résultant d'une part de la déclivité des membres, d'autre part de l'existence de varicosités veineuses. Mais, à notre avis, la cause immédiate a été l'inflammation, la dermatite eczéma-teuse si nous pouvons nous exprimer ainsi. L'existence d'un

œdème, moins marqué il est vrai, aux membres supérieurs où les varices font défaut et où l'action de la pesanteur est négligeable, nous paraît suffisante pour démontrer que les autres facteurs, c'est-à-dire les varices et la déclivité de ces membres n'ont eu qu'un rôle adjuvant, autrement dit n'ont fait que contribuer à augmenter cet œdème inflammatoire.

CONCLUSIONS

1° Dans les formes aiguës de l'eczéma on peut voir se produire, comme dans la plupart des autres dermatites aiguës, un œdème considérable du tissu cellulaire sous-cutané.

2° Cet œdème que les auteurs ont décrit en certaines régions : paupières, verge, scrotum, membres inférieurs peut aussi exister sur les autres points du corps, au tronc, par exemple, et aux membres supérieurs.

3° Les conditions anatomiques (laxité du tissu cellulaire sous-cutané) ou mécaniques (déclivité des membres inférieurs) ne jouent donc que le rôle de cause favorisant le développement et l'exagération de ce symptôme.

4° La cause prochaine nous paraît être la compression des vaisseaux superficiels du membre par la congestion du derme; il en résulte une gêne de la circulation, d'où un œdème du tissu cellulaire sous-cutané. L'œdème de ce tissu à son tour gêne la circulation dans les veines profondes, d'où nouvelle augmentation de l'œdème.

En effet, lorsque les phénomènes aigus de l'eczéma s'atténuent, l'œdème profond disparaît très rapidement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- 1° GREFFIER. — Dauphiné médical, 1^{er} octobre 1894.
- 2° TÉDENAT, — Montpellier médical, VIII, 125, 1893.
- 3° DUCASTEL. — Société française de Dermatologie (Bulletins et comptes-rendus), 12 juillet 1894.
- 4° SIMMERMAN. — Münch. Med., Wochenschr, n° 9.
- 5° UNNA. — Monatshefte für praktische dermatologie, VIII, n° 10.
- 6° ERASMUS WILSON. — Lectures on Eczema and eczematous affections, 1 vol., Londres, 1870.
- 7° KAPOSI. — Traité des maladies de la peau (Traduction française de MM. E. Besnier et A. Doyon).
- 8° UNNA. — L'eczéma séborrhéique.
- 9° TENNESON. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1893, 1 vol.
- 10° HARDY. — Traité des maladies de la peau, 1 vol., Paris, 1886.
- 11° HUTCHINSON. — Lectures on some rare cases of diseases, Londres, 1879.
- 12° BROCC. — Traitement des maladies de la peau, 1 vol., 2^e édition.

13° DELATRIBOUILLE. — Thèse de Paris, 1893 : De l'œdème chez les nouveau-nés.

14° LILOIR et VIDAL. — Anatomie pathologique des maladies de la peau.

15° *Dictionnaire de Dechambre*. — Article eczéma.

16° *Dictionnaire de Jaccoud*. — Articles eczéma et œdème.

17° *Nouveau traité de chirurgie*. — Article inflammation.

18° KAPOSI. — Compte-rendu de la Société viennoise de dermatologie ; février 1893 (Analysée in *Annales de Dermatologie*).

19° KROMAYER. — Was ist eczema, brochure, 1892.

20° DEVERGIE. — Traité des maladies de la peau.

21° BIETT. — Traité des maladies de la peau.

Vu :

Le Président,

FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

